

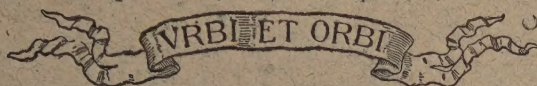
ANNÉE 1908. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — N° 

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 octobre 1908, à 1 heure

Par Paul CHABBERT

Né à Castres (Tarn) le 8 septembre 1883



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Valeur Séméiologique de la Tuberculose pulmonaire Fibreuse DANS LA RECHERCHE DE LA SYPHILIS

Président : M. GAUCHER, professeur

Juges { *MM. PIERRE MARIE, professeur*
LEGRY, agrégé
LCEPER, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1908

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

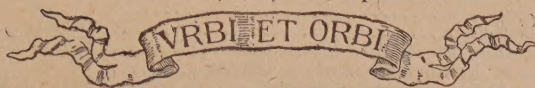
ANNÉE 1908. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — N° 

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 28 octobre 1908, à 1 heure

Par Paul CHABBERT

Né à Castres (Tarn) le 8 septembre 1883



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

Valeur Séméiologique de la Tuberculose pulmonaire Fibreuse DANS LA RECHERCHE DE LA SYPHILIS

Président : M. GAUCHER, professeur

MM. PIERRE MARIE, professeur

Juges

LEGRY, agrégé

LœPER, agrégé

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne, 1

1908



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY		
Professeurs	MM.		
Anatomie.....	NICOLAS		
Physiologie.....	CH. RICHET		
Physique médicale.....	GARIEL		
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER		
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD		
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD		
Pathologie médicale.....	{ BRISSAUD DEJERINE		
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE		
Anatomie pathologique.....	PIERRE MARIE		
Histologie.....	PRENANT		
Opérations et appareils.....	QUENU		
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET		
Thérapeutique.....	GILBERT		
Hygiène	CHANTEMESSE		
Médecine légale.....	THOINOT		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	GILBERT BALLEST		
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER		
Clinique médicale.....	{ HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY HUTINEL		
Maladies des enfants.....	JOFFROY		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	RAYMOND		
Clinique des maladies du système nerveux.....	LE DENTU		
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER RECLUS SEGOND		
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERRONNE		
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN		
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES		
Clinique gynécologique.....	POZZI		
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON		
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN		
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFTEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'honneur

VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE
De la Tuberculose Pulmonaire Fibreuse
Dans la recherche de la Syphilis

AVANT-PROPOS

Au moment de publier cette thèse, nous tenons à remercier vivement tous ceux qui furent nos maîtres durant nos années d'études médicales.

Nous voulons, tout d'abord, assurer de notre plus profonde gratitude notre maître et ami le Dr A. Guibbaud professeur de physiologie à l'Ecole de Médecine de Tours : il guida nos premiers pas dans la carrière et ses conseils ne cessèrent de nous être d'une précieuse utilité.

Nos remerciements vont aussi à ses collègues qui tous, tant à cette même Ecole qu'à l'Hospice Général, pendant nos années d'externat et d'internat, furent si bienveillants à notre égard.

A Paris, nous gardons un souvenir reconnaissant à

MM. les professeurs Dieulafoy, Reclus et Pinard dans le service desquels nous fûmes stagiaire.

Nous savons gré à MM. les D^{rs} Louis Fournier, André Bergé, G. Gasne et E. de Massary de ce qu'ils nous ont appris pendant notre année d'externat à l'hôpital de la Charité.

A M. le Dr Emile Sergent, dont nous avons été l'élève, nous témoignons ici notre plus entière reconnaissance pour l'excellent enseignement clinique qu'il nous a si abondamment donné. Son nom sera souvent cité dans cette thèse, car non seulement il en fut l'inspirateur, mais ses travaux antérieurs sur la syphilis et la tuberculose y seront largement mis à contribution.

M. le Dr P. Bouloche a droit, de notre part, à une reconnaissance toute spéciale pour avoir bien voulu nous réserver une place d'externe dans son service de l'hôpital Bretonneau.

Nous prions, enfin, M. le professeur Gaucher, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, de vouloir agréer nos respectueux hommages.

INTRODUCTION

Parmi les formes extrêmement variées que peut revêtir la tuberculose pulmonaire, il en est une, assez commune et remarquable par sa marche lente et son allure torpide ; nous voulons parler de la tuberculose pulmonaire fibreuse qui d'ordinaire revêt cliniquement les allures de l'emphyème et de la bronchite chronique. La notion du terrain a ici une importance capitale : c'est très souvent chez des anciens syphilitiques, que cette forme-là évolue.

Quand nous étions externe à l'hôpital Necker, notre maître, M. le Dr Emile Sergent, ne manquait pas de nous en faire la remarque chaque fois qu'il en avait l'occasion. La présence, si fréquemment observée, de la vérole dans le passé de ces tuberculeux torpides nous avait alors frappé. Il nous a paru légitime de nous demander *si, en présence d'un sujet atteint de tuberculose pulmonaire fibreuse, on n'est pas invité à rechercher la syphilis.*

Telle est la question que nous nous proposons de développer dans ce modeste travail.

Qu'on nous permette de citer, tout d'abord, quelques observations : elles montreront comment les faits se présentent dans la majorité des cas et quelles déductions on peut logiquement en tirer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Cette observation et les 5 qui suivent ont déjà été publiées par notre maître le Dr Emile Sergent, *In syphilis et tuberculose*. Paris, Masson, 1907.)

X..., âgé de quarante-six ans, peintre, entre le 1^{er} août 1904, à l'hôpital Laënnec, salle Cruveilhier, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique, mort de pleurésie à quarante-huit ans.

Antécédents personnels. — Enfance malade et chétive ; à seize ans, blennorragie ; à vingt ans, nouvelle blennorragie, suivie de rhumatisme.

A vingt-trois ans (1885), chancre syphilitique, suivi deux mois après d'une roséole typique et de plaques muqueuses buccales et anales. La syphilis, bien traitée pendant quatre ans, suit une évolution bénigne ; aucun accident nouveau.

Cinq ans après (à vingt-huit ans) il se marie. Il a d'abord une petite fille mort-née, puis un petit garçon qui meurt de méningite à deux ans. Enfin, sa femme fait une fausse-couche des suites de laquelle elle meurt.

En 1899 (à trente-neuf ans), il cesse d'exercer son métier de voyageur de commerce et se fait peintre en bâtiments. Cette année-là, il se met à tousser; cinq ou six mois après le début de cette toux survient une hémoptysie. En même temps le malade constate qu'il maigrit, qu'il s'affaiblit; finalement, il dut cesser de travailler. Il continue à toussoter; mais son état général s'améliore.

En 1901, il est atteint de grippe et, quinze jours après, d'une pleurésie gauche qui dure deux mois et demi et s'accompagne, au début, d'une fièvre élevée. Cette pleurésie le laisse très affaibli.

En 1903, alors qu'il allait beaucoup mieux, survient une nouvelle hémoptysie. Dès ce moment, le malade voit augmenter son essoufflement: il a de la dyspnée d'effort et ne peut faire un travail fatigant. Il entre à Laënnec au mois de novembre et en sort à la fin de janvier. Pendant cette période, il est traité comme tuberculeux.

Enfin le 1^{er} août 1904, il rentre à Laënnec. A ce moment il se plaint des mêmes symptômes: raucité de la voix, toux, oppression, respiration sifflante, expectoration abondante, composée de crachats nummulaires et de mucus spumeux et filant. Il ne donne pas l'impression d'un amaigrissement notable.

Son thorax est bombé comme celui d'un emphysémateux. Aux deux sommets, la percussion donne de la submatité et de la sonorité dans le reste. L'auscultation du sommet droit permet de constater une respiration rude et soufflante avec quelques râles sous crépitants; le sommet gauche est seulement soufflant et moins que le droit. La respiration dans le reste du poumon est nettement emphysémateuse, avec râles sibilants

et ronflants ; à la base gauche, frottements pleuraux et signes de symphyse ancienne.

Les autres appareils paraissent sains, sauf l'appareil circulatoire : hypertension artérielle (21), clangor du deuxième bruit aortique.

Les réflexes rotuliens sont complètement abolis, mais il n'existe aucun signe qui puisse permettre d'affirmer le tabes.

Dans la bouche, plaques de leucoplasie sur les commissures labiales et sur la pointe de la langue.

L'examen des crachats montre quelques très rares bacilles de Koch, isolés et mal colorés.

En résumé, tuberculose fibreuse, à type d'emphysème et de bronchite chronique, chez un ancien syphilitique présentant, comme autres manifestations révélatrices, de la leucoplasie buccale, de l'aortite avec hypertension artérielle, et une abolition des réflexes rotuliens qui peut indiquer un début de tabes.

J'ai revu le malade, deux ans après, à la consultation de Necker ; il était toujours dans le même état, donnant beaucoup plus l'impression d'un emphysémateux que d'un phthisique.

OBSERVATION II

Le G..., cinquante-huit ans, tailleur, entre le 23 novembre 1905, salle Vernois, à l'hôpital Necker, parce qu'il tousse beaucoup et est oppressé.

En 1871, il a contracté la syphilis ; pendant deux ans, il a eu plusieurs fois des plaques muqueuses dans la gorge ; en 1878, il eut une gomme sur la jambe gauche, dont on voit encore la

cicatrice. Il n'a soigné sa syphilis que par à-coups et très incomplètement.

Il est éthylique.

Depuis 1875 il tousse toujours ; il a eu une hémoptysie en 1878 ; il n'en a jamais eu depuis.

Actuellement, il dit avoir été mouillé il y a quatre jours et tousse beaucoup plus que d'habitude.

Il crache abondamment (expectoration de bronchite) ; la poitrine est pleine de râles sonores.

Quelques jours après, lorsque la bronchite est guérie, on constate aisément aux deux sommets, principalement à droite, de la submatité avec résistance au doigt ; la respiration est obscure et rude, avec quelques frottements superficiels ; dans les parties moyennes des poumons, la respiration est emphysémateuse.

L'expectoration, moins abondante qu'au moment de l'entrée, est composée de crachats épais, grisâtres, nummulaires dans lesquels on peut colorer de très rares bacilles de Koch.

C'est donc encore ici un exemple de tuberculose fibreuse, évoluant d'une façon torpide et lente chez un ancien syphilitique.

Ce qui est intéressant, c'est que cet homme a sur la langue et les commissures des plaques de leucoplasie, — qu'il se présente, d'autre part, quelques signes d'artério-sclérose : retentissement du deuxième bruit aortique, hypertension artérielle (22), crampes dans les jambes, bourdonnements d'oreilles, pas d'albumine cependant, — que ses pupilles sont inégales avec conservation toutefois du reflexe d'accommodation.

OBSERVATION III

P..., quarante et un an, typographe, entre salle Chauffard, à l'hôpital Necker, le 16 août 1906.

Il vient à l'hôpital parce qu'il souffre d'oppression après le moindre effort, la marche, l'ascension d'un escalier.

A dix-huit ans, il a une blennorrhagie.

A vingt-sept ans, il a contracté la syphilis ; il s'est fait soigner au Midi pendant six mois. Il a eu quelques poussées de plaques muqueuses. Depuis douze ans, aucun accident.

A vingt-huit ans il eut une congestion pulmonaire (peut-être fût-ce la première manifestation tuberculeuse) en pleine période secondaire, pendant le stade de dépression générale.

A trente-cinq ans, pleurésie gauche, qui l'immobilise pendant quatre mois à Broussais.

Il a toujours « toussaillé » depuis, n'a jamais eu d'hémoptysie, n'a pas maigri.

Depuis sa pleurésie, mais surtout depuis deux ans, il a de la dyspnée d'effort.

A l'examen des poumons, signes d'emphysème généralisé avec matité de la base gauche (symphyse pleurale) et submatité des deux sommets, qui respirent mal ; au sommet gauche, en arrière, craquements humides.

Bacilles rares et isolés dans l'expectoration. Le cœur est gros, vibrant ; le deuxième bruit aortique est métallique, le pouls est tendu (21).

Pas d'albumine, pollakiurie.

Leucoplasie buccale et linguale.

Aucune modification des pupilles.

OBSERVATION IV

M..., âgé de cinquante ans, journalier, entre le 19 novembre 1905, salle Vernois, à Necker.

Entre à l'hôpital parce qu'il tousse continuellement.

Contracte la syphilis à dix-neuf ans ; n'a jamais eu d'autres accidents que ceux du début.

S'est marié à vingt-neuf ans et a eu quatre enfants, dont deux sont morts en bas-âge, l'un de méningite et l'autre de gourme (?) ; des deux enfants restés vivants, un garçon a eu un mal de Pott, étant jeune, et une fille a présenté des crises épileptiques.

A l'âge de trente-cinq ans, il a eu une fluxion de poitrine, au cours de laquelle il a craché le sang.

Il tousse continuellement depuis trois ans, mais surtout depuis un mois.

L'examen des poumons révèle des signes de bronchite chronique et d'emphysème avec craquements humides et souffle cavernuleux au sommet gauche.

Le deuxième bruit aortique est clangoreux ; le pouls est lent (60 pulsations) et tendu (22). Pas de bruit de galop, pas d'albuminurie. Les pupilles sont inégales et réagissent avec lenteur et seulement en présence d'une lumière vive.

Leucoplasie buccale et linguale.

OBSERVATION V

Q..., âgé de quarante six ans, cordonnier, entre le 9 novembre 1905, salle Vernois, à Necker.

Ses parents sont morts très âgés (soixante-treize et soixante-dix-sept ans).

Il n'a jamais été marié et n'a jamais eu d'enfants.

A vingt-huit ans, il contracte la syphilis et est soigné pendant six semaines, avec des frictions mercurielles, à l'Hôtel-Dieu de Roubaix.

Deux ans après, il eut, à la face interne des jambes, des ulcérations gommeuses qui furent soignées par le même traitement.

Il y a sept ans, il fut atteint d'une congestion pulmonaire, à la suite de laquelle il eut de la bronchite tous les hivers. Mais cette bronchite chronique s'est surtout accentuée depuis deux ans. Il n'a jamais eu d'hémoptysie. Depuis quelques jours il tousse davantage ayant été mouillé. L'auscultation des poumons révèle des signes d'emphysème avec bronchite généralisée et foyer de ramollissement du sommet gauche.

Hypertension artérielle (23), bruit de galop, polyurie et albuminurie légère.

Leucoplasie linguale.

OBSERVATION VI

B..., quarante-quatre ans, journalier, entre à Necker, salle Chauffard, lit n° 12, le 15 août 1906, se plaignant de tousser.

Son père est mort à soixante-douze ans, paralysé ; sa mère est morte subitement à quarante ans.

Il a eu la rougeole étant tout jeune, et a contracté la syphilis en 1900 ; il s'est soigné pendant un an.

Il y a un an, il a commencé à tousser, puis à maigrir, a perdu ses forces ; il transpire la nuit, et crache de temps en temps des filets de sang ; il a de la dyspnée d'effort.

L'examen des poumons révèle de la matité aux deux sommets en arrière, et de la sonorité dans le reste et surtout en avant ; l'inspiration est humée et l'expiration prolongée et sibilante dans toute l'étendue des poumons. Aux deux sommets il y a des craquements secs en arrière ; en somme ce qui domine c'est l'emphysème.

Le cœur est impulsif ; les carotides sont animées de battements très forts ; le pouls est tendu.

Leucoplasie sur les deux commissures labiales.

Très rares bacilles dans les crachats.

OBSERVATION VII (Personnelle)

R..., âgé de quarante-cinq ans, garçon de bureau, célibataire entre le 30 mai 1906 à l'hôpital de la Charité.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A vingt ans, chancre syphilitique phagédénique de la verge qui détruit une grande partie de cet organe, puis roséole et plaques muqueuses buccales.

R... fut soigné alors pendant trois mois environ.

Quinze ans après : gomme du voile du palais suivie à brève échéance d'une large perforation.

En 1906, le malade qui est essoufflé depuis déjà de longs

mois, voyant augmenter sa gêne respiratoire vient à l'hôpital.

Son thorax est bombé comme celui d'un emphysémateux ; à la percussion on constate une sonorité normale partout sauf aux deux sommets où il y a un peu de submatité.

L'auscultation montre une respiration emphysémateuse typique : inspiration humée, expiration prolongée et des râles sibilants et ronflants dans toute l'étendue des poumons ; aux sommets cependant la respiration est plus rude, et l'on perçoit quelques craquements à ce niveau.

Inégalité pupillaire avec signe d'Argyll Robertson, leucoplasie buccale et linguale, testicules atrophiés (haricocèle).

Expectoration composée de crachats muco-purulents peu abondants.

L'examen de ceux-ci montre de rares bacilles de Koch.

L'état général est, malgré tout, satisfaisant.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

F..., âgé de trente-six ans.

Vient consulter à l'hôpital Necker le 23 novembre 1907 parce qu'il tousse depuis un mois.

A l'examen des poumons : submatité du sommet gauche ; à ce niveau, respiration rude avec, en avant, quelques râles humides.

Leucoplasie fissuraire des deux commissures labiales.

A contracté la syphilis il y a huit ans (on voit nettement la cicatrice du chancre au niveau du sillon balano-préputial et des lésions ulcéreuses de la partie inférieure gauche du thorax dont la nature spécifique ne saurait être mise en doute).

OBSERVATION IX (Personnelle)

W..., âgé de trente-quatre ans, couvreur.

Vient consulter le 25 novembre 1907 à l'hôpital Necker ; il « toussaille » depuis deux ans ; mais sa toux est devenue plus fréquente ces temps derniers.

A l'examen des poumons : submatité des deux sommets, respiration rude et soufflante au sommet droit, rude au sommet gauche.

A vingt-quatre ans, il a eu un chancre syphilitique de la lèvre supérieure dont on voit encore la trace.

OBSERVATION X (Personnelle)

C..., âgé de quarante et un ans.

Vient consulter le 6 décembre 1907 à l'hôpital Necker.

Il tousse depuis cinq ans, mais a vu sa toux augmenter ces derniers temps ; il a des sueurs la nuit.

A l'examen des poumons : râles sonores en abondance.

Cette poussée de bronchite s'atténue et le 10 décembre 1907 nous constatons de la submatité aux deux sommets avec respiration rude et quelques râles sous-crépitanants ; dans le reste du poumon la respiration est emphysémateuse.

Leucoplasie buccale.

A vingt et un ans, il a contracté la syphilis.

OBSERVATION XI (Personnelle)

G..., âgé de trente-cinq ans.

Vient consulter le 17 janvier 1908 à l'hôpital Necker parce qu'il tousse et est essoufflé.

A l'examen des poumons : submatité du sommet droit, respiration rude et soufflante à ce niveau, emphysémateuse dans le reste des poumons, râles sibilants et ronflants disséminés.

Leucoplasie linguale fissuraire.

A eu à vingt-cinq ans un chancre syphilitique de la verge et fut soigné, à trente ans, à l'hôpital Cochin pour périostite syphilitique du tibia gauche.

OBSERVATION XII (Personnelle)

S..., âgé de trente-huit ans.

Vient consulter le 12 mai à l'hôpital Necker parce qu'il est oppressé, tousse fréquemment et crache.

L'examen des poumons permet de constater une respiration nettement emphysémateuse avec râles sibilants et ronflants disséminés, mais prédominants aux deux sommets.

Leucoplasie buccale.

Inégalité pupillaire sans signe d'Argyll Robertson.

A contracté la syphilis il y a seize ans.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de notre ami F. Boivin.)

B..., âgé de quarante-cinq ans, garçon de magasin, célibataire.

Entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 juillet 1908.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à soixante-douze ans, paralysé ; mère morte subitement à quarante ans.

Antécédents personnels. — Contracte la syphilis à trente-cinq ans ; chancre de la verge, puis roséole. Un an environ après le chancre : laryngite syphilitique.

Il aurait eu, il y a deux ans, une pleurésie du côté gauche ; des vésicatoires furent alors appliqués sur son côté malade.

Depuis cette époque, gêne respiratoire, dyspnée d'effort, toux fréquente.

Voyant persister ces symptômes il vient à l'hôpital.

Son thorax est un peu bombé. Aux deux sommets la percussion donne de la submatité ; de la sonorité dans le reste.

L'auscultation montre une respiration emphysémateuse typique : inspiration humée, expiration prolongée, râles sibilants et ronflants disséminés, mais prédominants nettement aux deux sommets.

Crachats muqueux abondants.

(Le malade prétend qu'il y aurait eu assez souvent des filets de sang dans ses crachats.)

L'examen de ces crachats montre des bacilles de Koch, peu nombreux.

Réflexes rotuliens normaux.

Pupilles égales et réagissant à la lumière.

Le deuxième bruit aortique est clangoreux.

Plaques de leucoplasie sur la face interne des deux joues, une plaque au milieu de la langue.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

D. . . ., âgé de trente-neuf ans, vient consulter le 7 juillet 1908 à l'hôpital Necker.

A l'examen des poumons : matité du sommet gauche, respiration rude et râles sous-crépitants, à ce niveau.

Leucoplasie buccale.

A contracté la syphilis il y a douze ans.

OBSERVATION XV (Personnelle)

D..., âgée de trente ans, vient consulter le 18 septembre 1907 à l'hôpital Necker. Elle tousse fréquemment.

L'examen des poumons montre à la percussion de la submatité du sommet droit et, à l'auscultation, quelques craquements humides à ce niveau.

Elle a contracté la syphilis il y a huit ans.

OBSERVATION XVI (Personnelle)

P..., âgée de quarante-quatre ans, vient consulter le 19 décembre 1907 à l'hôpital Necker parce qu'elle tousse et est essoufflée.

A l'examen des poumons : on constate des signes de bronchite chronique et d'emphysème avec quelques craquements humides au niveau du sommet droit qui donne de la submatité à la percussion.

La malade n'avoue pas la syphilis, cependant elle a eu, en janvier 1907, une affection lupiforme de la narine gauche traitée et rapidement guérie par le sirop de Gibert.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

V..., âgée de quarante ans, vient consulter le 29 février 1908 à l'hôpital Necker.

A l'examen des poumons : submatité du sommet droit, respiration rude, quelques craquements à ce niveau.

Leucoplasie linguale.

A contracté la syphilis il y a quinze ans.

OBSERVATION XVIII (Personnelle)

J..., âgée de quarante-six ans, domestique, célibataire, entre le 2 juillet 1908 à l'hôpital de la Charité.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à quatre-vingt-quatre ans ; mère décédée de tuberculose pulmonaire à quarante-deux ans.

Antécédents collatéraux. — Une sœur décédée de tuberculose pulmonaire à quarante-deux ans.

Antécédents personnels. — Vaccinée à quinze mois de bras à bras, a contracté alors la syphilis et eut au bras droit aux points d'inoculation trois chancres syphilitiques, puis roséole.

J... fut alors traitée pendant deux ou trois mois.

A dix ans, au niveau de la partie interne du genou droit, ulcération qui se cicatrisa spontanément au bout d'une année environ. On voit encore à sa place une cicatrice lisse, régulière, à centre blanchâtre, à contours polycycliques ; caractères plaçant en faveur de la nature spécifique de l'ulcération.

A quatorze ans, adénite de la région sous-maxillaire gauche

qui suppura et guérit spontanément, ne laissant qu'une cicatrice peu visible.

Réglée à seize ans.

A vingt et un ans, bronchite

A vingt-trois ans, variole.

A quarante-trois ans, pneumonie gauche.

Depuis deux ans, gêne respiratoire, dyspnée d'effort, toux fréquente. L'oppression est surtout intense la nuit. La malade, voyant augmenter son essoufflement, vient à l'hôpital.

Le thorax n'est pas bombé, la percussion montre de la submatité au sommet gauche, de la matité au sommet droit, de la sonorité dans le reste.

A l'auscultation : Râles sibilants et ronflants disséminés, plus nombreux du côté gauche.

En outre, au sommet droit : respiration rude avec quelques râles sous-crépitaux.

Abondante expectoration composée de crachats spumeux peu purulents. L'examen de ces crachats montre quelques bacilles de Koch.

Température oscillant le soir entre 37°5 et 38 degrés.

Malgré ces signes, l'état général est relativement bon.

Toutes ces observations sont à peu près identiques. A quelques variantes près, on y rencontre le même complexe symptomatique : tuberculose pulmonaire, à allure de bronchite chronique et d'emphysème ou se dissimulant parfois sous le masque de l'asthme, et syphilis ancienne dont nous retrouvons presque toujours des stigmates indélébiles.

Trois de ceux-ci surtout sont signalés, isolés ou réunis,

chez nombre de nos malades : nous voulons parler de la *leucoplasie buccale*, des *troubles pupillaires*, de l'*aortite*.

Aussi nous arrêteront-ils un instant.

Leur valeur séméiologique dans le diagnostic de la syphilis est des plus importantes ainsi que l'ont montré les travaux de ces dernières années.

En 1900, le professeur Gaucher et E. Sergent (*in Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*) ont fait une étude complète de la *leucoplāsie buccale* ; ils ont insisté sur sa nature et ont montré que « toute plaque de leucoplasie est, en quelque sorte, une preuve certaine de l'existence de la vérole dans les antécédents du sujet qui la porte ». Opinion soutenue depuis longtemps déjà par le professeur L. Landouzy pour qui « la leucoplasie est propre aux syphilitiques ».

Tout récemment, ce même auteur étudiait (*in Presse médicale*, 27 juin 1908) les leucoplasies jugales et commissurales ; il montrait que « la raison maîtresse des leucoplasies, c'est la syphilis » et que « derrière les leucoplasies, toutes syphilis bien cherchées sont d'ordinaire trouvées ».

Comme la leucoplasie, *les troubles pupillaires* (inégalité pupillaire avec ou sans signe d'Argyll Robertson) ont avec la syphilis d'intimes rapports : J. Babinski, H. Vaquez, H. Dufour, Widal et Lemierre ont montré à la Société médicale des Hôpitaux (1901, 1902, 1904) le lien étroit qui existait entre ces troubles de la pupille et la vérole.

Quant à l'*aortite*, il y a longtemps déjà qu'elle est considérée comme bien souvent déterminée par la syphilis. En 1885, Bouveret insistait sur ce fait et plus tard, notre maître le docteur E. de Massary montrait (*in Presse médi-*

cale, 18 février 1905) l'indiscutable connexité qui existe entre elle, le tabes et la paralysie générale, affections sans lien réciproque, mais d'une cause unique : la syphilis.

Ces notions-là sont aujourd'hui classiques. Si nos observations viennent encore les confirmer, ne montrent-elles pas aussi que la tuberculose pulmonaire fibreuse peut être, dans certains cas, un argument de plus pour déceler la présence de la vérole dans le passé du malade ? C'est qu'en effet, si la tuberculose pulmonaire revêt une forme toute spéciale chez les anciens syphilitiques, cela tient essentiellement à la nature du terrain sur lequel elle évolue.

CHAPITRE PREMIER

Chez les anciens syphilitiques, la tuberculose pulmonaire tend à revêtir la forme fibreuse

Nous ne ferons pas ici l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis : nombreux sont les cliniciens qui s'en sont déjà occupés (Lagneau fils, 1851, Stieffel, 1884, Granier, 1885, Potain, Landouzy, Guidone, 1893, Jacquinet, 1895, Jaccoud, 1897, Chrétien, 1898, Correia Dias, 1904, entre autres et plus récemment Emile Sergent) ; mais nous insisterons quelque peu sur les propriétés particulières inhérentes à la vérole et qui expliquent, pour une grande part, l'évolution fibreuse de la tuberculose chez nos malades.

Dès 1885, Granier (*in Bulletins et Mémoires de la Société de Thérapeutique*) signale cette évolution toute spéciale : « Je suis convaincu, dit-il, que, variant quant à ses formes physiologiques, la phthisie emprunte aux conditions étiologiques, ainsi qu'au terrain sur lequel elle évolue, un cachet spécial, bien propre à établir diverses modalités dans une affection toujours unique par son produit anatomo-

mique... Si la lésion essentielle et primordiale dans toute phtisie est le tubercule, les manifestations secondaires sur l'appareil respiratoire dépendent toujours de l'état constitutionnel ou diathésique du malade.

Or, dans la syphilis, la lésion anatomique principale est la sclérose, que ce soit dans le cerveau, le foie ou le poumon. *Il en est de la phtisie syphilitique comme de la phtisie arthritique, par exemple, dans laquelle le tubercule subit de préférence la transformation fibreuse.* Rien d'étonnant somme toute, si le principe pathogénique de la tuberculose, quel qu'il soit, agit de façon particulière chez les individus suivant leur tempérament ou diathèse. »

Plus tard, au Congrès pour l'étude de la tuberculose, en 1891, le professeur L. Landouzy montre que la syphilis est un facteur de sclérogénèse important et, que chez les anciens syphilisés la tuberculose s'affirme au point de vue anatomo-pathologique plutôt fibreuse, et dans une *Clinique de l'hôpital Laënnec*, il ajoute « les anciens syphilitiques, les diathésiques de par la syphilis, comme disaient nos pères, ont incontestablement des manières de réagir vis-à-vis de la tuberculose en train de faire un peu partout et à propos de tout du processus de sclérose, *ils répondent d'ordinaire à la tuberculose en sclérogénisants qu'ils sont.* »

En se plaçant à un point de vue plus particulier, G. Etienne (de Nancy) (Congrès français de Médecine, Montpellier, 1898) montre que la tuberculose chez les hérédo-syphilitiques malingres, chétifs, infantiles, placés dans de très mauvaises conditions hygiéniques, évolue cependant vers la guérison, en tout cas vers le

processus fibreux, si ces individus ont été atteints d'accidents tardifs, de type tertiaire. *C'est donc bien, dit cet auteur, à la syphilis héréditaire tardive, agissant comme la syphilis tertiaire acquise, qu'il faut attribuer cette réaction sclérotique des tissus vis-à-vis de la tuberculose.*

Ainsi donc ce qui importe surtout c'est le terrain : lui seul permet d'expliquer pourquoi la tuberculose évolue ici vers la fibrose et non vers la caséification et partant, pourquoi elle tend à prendre des allures particulièrement torpides et bénignes. Stieffel, dans sa thèse (Nancy, 1884), a réuni une trentaine d'observations de cas de tuberculose considérés par lui comme légers et qui survenaient chez des sujets dont la syphilis remontait à six, dix, quinze, vingt, vingt-cinq ans et plus.

Jacquinet, dans sa thèse (Paris, 1895), reprenant les idées de son maître le professeur L. Landouzy, a insisté sur cette évolution particulièrement *lente, apyrétique, non diffusante* et il rapporte quatre cas de tuberculose survenant chez des sujets atteints de syphilis ancienne, dont la plus jeune était âgée de douze ans, et ayant évolués avec grande lenteur.

Dans nos observations, nous retrouvons les mêmes caractères cliniques : état général habituellement bon, longue durée de l'affection, peu de signes pulmonaires, peu ou pas de réaction fébrile. A vrai dire, les malades que nous avons en vue, ne font pas de la tuberculose : répondant d'ordinaire à celle-ci « en sclérogénisants qu'ils sont » ils font « du sclérolate de tuberculose », pour employer l'expression imagée du professeur L. Landouzy.

Est-il besoin d'insister sur le pronostic de ces malades

anciens syphilitiques et nouveaux tuberculeux ? Il découle de ce qui vient d'être dit et l'on ne saurait trop s'élever contre l'opinion des classiques pour qui l'association de la syphilis et de la tuberculose est des plus redoutables. C'est qu'ils oublient de distinguer le vieux syphilitique qui fait de la tuberculose fibreuse du tuberculeux avéré qui contracte la syphilis. Chez celui-ci, sans doute, les choses se passent tout autrement : l'apparition de la vérole risquant fort de précipiter l'évolution de la tuberculose.

Au Congrès pour l'étude de la tuberculose de 1891, le professeur L. Landouzy disait à ce propos : « le tuberculeux pulmonaire doublé d'un syphilitique devient, comme je l'ai vu trop souvent, un phtisique rapide. La pire association morbide que je connaisse est l'union d'une tuberculose pulmonaire avec une syphilis commençante ». Si nous en croyons M. Monteverdi (*Gazette des hôpitaux*, 30 juillet 1899), les choses ne se passent pas toujours ainsi, et il cite l'exemple d'un jeune homme tuberculeux pulmonaire qui prit la syphilis et chez lequel la tuberculose rétrocéda ; il va même jusqu'à admettre un effet curatif exercé par la syphilis à l'égard de la tuberculose.

CHAPITRE II

La constatation d'une tuberculose pulmonaire fibreuse devra faire suspecter la syphilis

Ainsi, nous avons vu que dans le passé des sujets atteints de tuberculose pulmonaire fibreuse, on rencontrait très souvent la syphilis ; nous avons vu aussi que les caractères cliniques tout spéciaux de cette affection pulmonaire ne trouvaient leur explication que dans la nature du terrain sur lequel elle germait.

Pourquoi, alors, la constatation des symptômes de tuberculose pulmonaire fibreuse ne ferait-elle pas songer à la possibilité de l'existence de la syphilis dans les antécédents du malade ?

En 1907, dans son ouvrage sur la syphilis et la tuberculose et, tout récemment encore, dans un article sur l'évolution et le traitement de la tuberculose chez les syphilitiques (*in Presse médicale*, 14 octobre 1908) le Dr Emile Sergent attirait l'attention sur ce fait. Les quelques observations que nous avons pu recueillir viennent à l'appui de ses dires et montrent que la tuberculose pulmonaire

fibreuse est souvent une manifestation en quelque sorte parasymphilitique.

Certes, nous ne voulons pas dire que l'unique cause de la tuberculose fibreuse soit la vérole, tant s'en faut : l'étiologie de cette forme de bacilliose serait par trop simplifiée ; mais il nous paraît, en tout cas, légitime de rechercher systématiquement l'avarie chaque fois que l'on se trouvera en présence d'un soi-disant emphysémateux, d'un soi-disant catarrheux chronique. Grâce à cette recherche systématique, nous avons pu bien des fois la découvrir, ainsi que le montrent nos observations.

« Sans doute, dirons-nous avec notre maître, le D^r Emile Sergent, il ne faut rien exagérer, et ce serait une erreur que de chercher toujours et en toute circonstance la syphilis ; mais il est nécessaire de n'ignorer aucun des signes de présomption qui sont de nature à la faire soupçonner et à motiver une investigation dont dépendent à la fois le diagnostic et le pronostic. »

La valeur séméiologique de la tuberculose pulmonaire fibreuse nous paraît assez grande pour qu'il nous soit permis d'ajouter que, dans la pratique, *en face d'une tuberculose pulmonaire fibreuse le médecin a le devoir de rechercher toujours la syphilis qu'une enquête rigoureuse méthodique et complète réussira le plus souvent à lui faire découvrir.*

CHAPITRE III

La découverte de la syphilis dans les antécédents du malade permettra d'instituer un traitement approprié

Il n'est pas indifférent de savoir si le malade atteint de tuberculose pulmonaire est un ancien syphilisé, outre que la bacilliose évolue alors, comme nous venons de le voir, avec une tendance marquée vers la fibro-formation, elle sera passible d'une thérapeutique spéciale en rapport intime avec la nature du terrain sur lequel elle est venue se greffer.

En modifiant ce terrain, ne peut-on pas espérer avoir une action favorable sur la tuberculose ? Cela paraît logique et cependant nombre de classiques estiment qu'il est particulièrement téméraire de vouloir appliquer le traitement spécifique chez un sujet qui est à la fois syphilitique et tuberculeux. C'est, disent-ils, une thérapeutique néfaste qui aura pour résultat immédiat d'accélérer la marche de la tuberculose. Ils oublient, ici encore, de distinguer le tuberculeux devenu syphilitique, du syphilitique devenu tuberculeux. Chez celui-là, le traitement spécifique n'est

guère applicable, mais par contre chez celui-ci, il est nécessaire de combattre d'abord la syphilis et ainsi de modifier le terrain sur lequel est venue germer la tuberculose. Potain a déjà insisté sur ce fait (*in Semaine médicale*, 6 février 1895).

« Il y a un réel intérêt, écrit-il, à atténuer, autant que faire se peut, la syphilis. Sans doute, les résultats du traitement sont très variables et souvent incertains. A côté des succès brillants, il est des cas où les effets ont été des plus aléatoires ; mais si dans ces cas, on ne peut espérer faire disparaître la tuberculose, *le seul fait de modifier le terrain pourra peut-être nous permettre d'immobiliser, parfois même de faire rétrocéder la lésion tuberculeuse.* Il m'a été donné, pour ma part, d'observer une pareille amélioration, chez un certain nombre de malades. »

Le traitement mercuriel, surveillé avec soin, donne, d'après lui, les plus rapides et efficaces résultats. En 1905, au Congrès de la tuberculose, Barthélemy soutenait une opinion analogue : « Il y a lieu, dit-il, de le déclarer bien haut, il ne faut pas redouter le mercure chez les tuberculeux qui deviennent syphilitiques ni *chez les syphilitiques qui deviennent tuberculeux*, c'est-à-dire quand les deux infections évoluent simultanément sur un même sujet, mis à part, bien entendu, les cas de tuberculose rapide généralisée ou de granulie aiguë. »

Le Dr L. Rénon (*In Conférences pratiques sur les maladies du cœur et du poumon*. Paris, Masson, 1906) et notre maître le Dr Emile Sergent, préconisent aussi l'emploi du traitement mercuriel chez les syphilitiques tuberculeux. « Chaque fois qu'il m'a été donné de soigner un syphiliti-

que tuberculeux, dit ce dernier auteur (*In syphilis et tuberculose*. Paris, Masson, 1907), j'en l'ai toujours soumis au traitement mercuriel et je n'ai jamais observé d'accident. Bien au contraire, *j'ai toujours constaté une amélioration très considérable de l'état général, et j'ai vu plusieurs fois la syphilis, bien traitée, favoriser en quelque sorte la guérison de la tuberculose* ».

Le Dr Bériel (*In syphilis du poulmon chez l'enfant et chez l'adulte*. Paris, Steinheil, 1907) conseille une semblable thérapeutique.

Le traitement mercuriel pur est donc admis par nombre d'auteurs. La plupart rejettent, au contraire, la médication iodurée qui expose les tuberculeux aux poussées congestives. Cependant, le Dr Emile Sergent fait remarquer que, dans les cas de tuberculose fibreuse à type d'emphysème et d'asthme, on pourra, *à condition d'exercer sur le malade une surveillance rigoureuse*, prescrire l'iodure de potassium, qui d'ailleurs n'agit plus ici comme un médicament antisypilitique.

Il nous paraît utile de rappeler l'observation communiquée par le Dr Emile Sergent à la Société médicale des hôpitaux (séance du 3 mars 1905). Elle montrera la coexistence d'une tuberculose pulmonaire et d'une syphilis ancienne, et les résultats obtenus, en pareil cas, par le traitement mercuriel.

« Le nommé M... Isidore, journalier, âgé de cinquante et un ans, entre à l'hôpital Boucicaut, le 13 octobre 1904, se plaignant de tousser et « d'avoir le coude gauche ankylosé ».

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux. — Une sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels. — A toujours été bien portant jusqu'à ces dernières années. A vingt-cinq ans, à la suite d'une blennorrhagie, il fut atteint d'une violente cystite, qui n'a jamais complètement disparu, et qui, compliquée depuis de rétrécissement de l'urètre, provoque souvent des crises intermittentes de rétention d'urine.

Il y a cinq ans, M... contracta la syphilis. Il fut soigné à l'hôpital Ricord pendant un mois ; on voit encore sur la verge la cicatrice du chancre ; celui-ci fut suivi, au bout de quelques mois, de l'apparition de larges syphilides ulcéro-crustacées, disséminées sur toute la surface du corps et qui nécessitèrent un second séjour d'un mois à Ricord. En dehors de ces deux séjours de trente jours à Ricord, M... n'a suivi aucun traitement ; il n'a pas eu d'ailleurs d'autres accidents depuis quatre ans.

Il y a trois ans, M... qui avait été toussueur et s'enrhumait facilement l'hiver depuis quelques années, se mit à tousser davantage ; il perdit l'appétit et maigrit peu à peu ; avant sa syphilis il pesait 100 kilogrammes ; actuellement, il ne pèse plus que 62 kg. 200. Il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais expectore chaque jour une assez grande abondance de crachats muco-purulents, franchement nummulaires, dans lesquels l'examen décele la présence d'assez nombreux bacilles de Koch.

L'examen de la poitrine donne les résultats suivants le jour de l'entrée :

Sommet gauche : en avant, submatité, respiration rude et soufflante et craquements secs ; en arrière, submatité, respiration soufflante et craquements secs.

Sommet droit : en avant, sonorité normale, expiration rude

et prolongée ; en arrière, légère submatité, quelques rares craquements secs.

En outre, depuis quatre mois, M... éprouve une gêne dans les mouvements du coude gauche, cette gêne fut tout d'abord insignifiante, apparaissant seulement à l'occasion des mouvements étendus ; elle s'accrut progressivement au point de s'accompagner de douleurs assez vives dans les mouvements, les chocs, les tiraillements ; peu à peu, l'extension complète devint impossible, en même temps que l'articulation devenait le siège d'un gonflement évident. M... alla se faire soigner à Tenon sans obtenir la moindre amélioration.

Le jour de son entrée à l'hôpital Boucicaut, l'avant-bras est légèrement fléchi sur le bras, l'extension complète est absolument impossible ; les mouvements du coude sont très douloureux, mais il n'y a aucune douleur spontanée ; l'articulation est déformée, légèrement globuleuse ; la saillie de l'olécrâne est moins apparente en raison du gonflement des culs-de-sac latéraux de la synoviale ; au niveau de ces culs-de-sac on perçoit une résistance voisine de la fluctuation et donnant la sensation de fongosités profondes ; la pression exercée sur les extrémités osseuses, particulièrement sur la pointe de l'olécrâne, provoque une vive douleur. En somme, les caractères objectifs de cette atrophie, sont ceux de la tumeur blanche ; comme il n'existe aucune autre localisation articulaire et comme le sujet est indubitablement tuberculeux, on pourrait être tenté d'adopter sans discussion le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, datant de quatre mois. Cependant, M... est aussi syphilitique ; bien plus, il a vu se développer, en même temps que le début de cette arthropathie, il y a quatre mois, sur la face dorsale du poignet droit, une ulcération non douloureuse, qui s'étendit

progressivement ; actuellement, cette ulcération, qui a les dimensions d'une pièce de cinq francs, est recouverte d'une croûte épaisse, ostréacée ; ses bords sont circinés, sa couleur rouge sombre à la périphérie.

Une ulcération identique, dont le malade ne s'est pas aperçu et qui est beaucoup plus petite, se voit sur la jambe droite au voisinage du genou.

Ces deux ulcérations, au dire du malade, sont analogues à celles qui apparurent quelques mois après le chancre et dont on voit les cicatrices nettement pathognomoniques.

Ce fait nous engage à repousser le diagnostic de tuberculose cutanée, à forme ulcéro-croûteuse et à admettre la nature syphilitique de ces ulcérations

Considérant, d'autre part, que le début de ces ulcérations a coïncidé avec celui de l'arthropathie du coude, nous admettons la possibilité d'un réveil de la syphilis chez ce tuberculeux et nous décidons de le soumettre au traitement spécifique. Nous nous assurons, au préalable, que ses reins fonctionnent bien et qu'il n'est porteur d'aucune tare viscérale. Il n'a ni fièvre, ni diarrhée.

Traitement. — Le malade n'est soumis à aucun régime spécial ; il reçoit la même alimentation que ses voisins de lit ; il sera pesé tous les dix jours et n'aura d'autre traitement que le traitement mercuriel.

Les ulcérations sont recouvertes de compresses d'eau bouillie, dans l'unique but de faire tomber les croûtes.

Le traitement mercuriel consistera en une injection quotidienne de 2 centigrammes de biiodure de mercure.

La première injection est faite le lendemain de l'entrée, le 14 octobre ; ce jour-là, le malade pèse 62 kgr. 200.

Dix jours après (24 octobre) M... a gagné près de 2 kilogrammes ; il pèse 64 kilogrammes ; il se sent très amélioré, plus vigoureux, mange beaucoup mieux ; les ulcérations cutanées sont en voie de cicatrisation manifeste ; l'arthropathie est sensiblement modifiée ; les mouvements sont moins limités et moins douloureux ; le gonflement a diminué, les culs-de-sac synoviaux sont moins distendus.

Après la vingtième injection (3 novembre), M... a encore gagné 1 kilogramme ; il pèse 65 kilogrammes ; l'état général s'est encore amélioré ; les ulcérations cutanées sont sèches, cicatrisées ; l'articulation du coude a repris sa forme normale ; tous les mouvements sont libres ; seule, persiste encore une légère douleur provoquée par une pression forte sur la pointe de l'olécrane.

Après la trentième injection (13 novembre), M... a gagné 1 kgr. 200 ; il pèse 66 kgr. 200 ; aucune trace d'arthropathie ne subsiste.

L'état général est meilleur encore.

Les forces sont revenues.

Durant ce mois de traitement, l'expectoration a considérablement diminué ; les crachats ont perdu l'aspect nummulaire.

Les signes physiques sont peu modifiés : cependant un examen bactériologique reste négatif ; les bacilles assez abondants sur les lamelles préparées au moment de l'entrée, n'existent plus.

Les injections de biiodure, suspendues le 15 novembre, furent reprises le 1^{er} décembre et M... quitta l'hôpital, après avoir reçu 60 injections, le 10 janvier 1905, complètement guéri

de son arthropathie et considérablement amélioré dans son état général.

Je l'ai revu le 1^{er} mars suivant à ma consultation de l'hôpital Necker ; depuis sa sortie de Boucicaut, il avait recommencé à travailler un peu et cependant ne se trouvait pas fatigué ; il pèse 67 kilogrammes. Depuis quelques jours il sent, lorsqu'il presse son coude gauche, une légère douleur sur la tête de l'olécrâne ; mais l'articulation a conservé sa souplesse, et je pense qu'une nouvelle série d'injections de biodure aura rapidement raison de ce reliquat d'une arthropathie qui avait duré quatre mois avant d'être soumise au traitement qui lui convenait.

J'ai profité de sa présence pour l'ausculter et malgré une grippe légère qu'il venait de contracter, il m'a paru que l'état des lésions pulmonaires était plus satisfaisant. Je n'ai pas retrouvé de craquements secs en arrière à droite ; à gauche, les craquements secs persistent, mais la respiration n'est plus soufflante. »

Le traitement antisiphilitique ne sera cependant pas exclusif et l'on tirera aussi grand bénéfice des médications adjuvantes : repos, cures d'air, alimentation ; le traitement de la tuberculose pulmonaire par la récalcification suivant la méthode de Ferrier (Société médicale des hôpitaux, 30 mars 1906) pourra être prescrit concurremment avec le traitement antisiphilitique. Le D^r Emile Sergent a exposé dans son livre les bons effets que l'on était en droit d'en attendre.

D'une part, en modifiant le terrain sur lequel la tuberculose s'est acclimatée et d'autre part en traitant cette tuberculose, on pourra donc espérer obtenir des résultats très encourageants.



CONCLUSIONS

En manière de conclusions nous dirons :

1° Chez les anciens syphilitiques, la tuberculose pulmonaire tend à revêtir la forme fibreuse ;

2° La constatation, chez un sujet, d'une tuberculose pulmonaire fibreuse, devra donc faire suspecter la syphilis et inviter le médecin à en rechercher les stigmates ;

3° Cette constatation permettra d'affirmer l'existence de la vérole dans le passé du malade si l'on trouve, en outre, chez lui un ou plusieurs des symptômes sur lesquels nous avons attiré l'attention : *leucoplasie, troubles pupillaires, aortite* ;

4° La découverte de la syphilis dans les antécédents du malade aura son importance, puisqu'elle permettra d'instituer un traitement approprié s'adressant au terrain aussi bien qu'à la graine.

Vu : Le Président de la thèse
GAUCHER

Vu : Pour le Doyen
L'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- BABINSKI (J.). — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. (séance du 8 novembre 1901).
- BARTHÉLEMY. — Syphilis et tuberculose. Congrès international de la Tuberculose. Paris, 1905.
- BÉRIEL. — Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte. Paris, Steinheil, 1907.
- CHRÉTIEN (Ed.). — De l'influence réciproque des états morbides et en particulier de la syphilis et de la tuberculose. Semaine médicale, 2 mars 1898.
- CORREIA DIAS. — Syphilis et tuberculose. Lisbonne, 1904.
- DUFOUR (H.). — Bulletin de la Soc. méd. des Hôp. (séances du 13 juin 1902 et du 22 avril 1904).
- ETIENNE (G.). — Evolution de la tuberculose pulmonaire dans l'hérédosyphilis tardive. Congrès français de Médecine, 4^e session tenue à Montpellier, 1898.
- FERRIER (P.). — La guérison de la tuberculose basée sur l'étude des cas de guérison spontanée. Paris, Vigot, 1906.
- Traitement de la tuberculose pulmonaire par la récalcification. Bull. de la Soc. méd. des Hôpitaux (séance du 30 mars 1906).
- GAUCHER (E.) et SERGENT (Emile). — Anat. pathol., nature et traitement de la leucoplasie buccale (avec une plan-

che). Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. path.,
4 juillet 1900.

GRANIER. — De la complication de la tuberculose par la syphilis. Bull. et Mém. de la Soc. de Thérap. Paris, 1885,
p. 145.

GUIDONE. — Sur la symbiose du processus syphilitique et tuberculeux. La Riforma medica, 4 octobre 1890,
p. 50.

JACCOUD. — Syphilis pulmonaire et tuberculose associées. Rev. pratique des Travaux de Médecine. Paris, 1897,
p. 73.

JACQUINET. — Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Thèse de Paris, 1895.

LAGNEAU (fils). — Des maladies pulmonaires causées ou influencées par la syphilis. Thèse de Paris, 1851.

LANDOUZY (L.). — Titres et travaux scientifiques. Paris, Alcan, 1890.

— Associations morbides : syphilis et tuberculose ; terrains et graine. Congrès pour l'étude de la Tuberculose, 1891.

— Clinique de l'hôpital Laënnec.

— Communications orales.

— Valeur séméiologique des leucoplasies jugales et commissurales dites « plaques des fumeurs ». Presse médicale, 27 juin 1908.

MASSARY (E. de). — Aortite, tabes et paralysie générale. Presse médicale, 18 février 1905.

MONTEVERDI (M.). — Gazette des Hôpitaux, 30 juillet 1899.

POTAIN. — Syphilis pulmonaire ; historique, formes, anatomo-

- pathologie, symptômes et diagnostic. *Gaz. des Hôp.*, 1888, n^{os} 137 et 142.
- Syphilis et tuberculose pulmonaire. *Gaz. des Hôp.*, 1893, p. 1375.
 - Tuberculose et syphilis pulmonaires. *Union médicale*, 6 janvier 1894.
 - Phtisie tuberculeuse avec foyer interlobaire chez un syphilitique. *Semaine médicale*, 6 février 1895
- RÉNON (L.). — Conférences pratiques sur les maladies du cœur et des poumons. L'évolution de la tuberculose pulmonaire chez les syphilitiques. Paris, Masson, 1906.
- SERGENT (Emile). — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. (séance du 3 mars 1905).
- Syphilis et tuberculose. Communication au Congrès de la Tuberculose. Paris, octobre 1905.
 - Arch. gén. de Méd., 3 octobre 1905.
 - A propos d'un cas de pneumopathie syphilitique. *Journal des Praticiens*, 22 décembre 1905.
 - Syphilis et tuberculose. Paris, Masson, 1906.
 - Evolution et traitement de la tuberculose chez les syphilitiques. *Presse médicale*, 14 octobre 1908.
- STIEFFEL. — De l'influence de la syphilis sur l'éclosion et l'évolution de la tuberculose. Thèse de Nancy, 1884.
- VAQUEZ (H.). — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. (séance du 7 février 1902).
- WIDAL et LEMIERRE. — Bull. de la Soc. méd. des Hôp. (séance du 25 juillet 1902).

